

**DISTRICTO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON**  
**Oficina de Servicios de Educación Especial**  
**Departamento del Estudio del Niño**

**PEDIDO PARA RE-EVALUACION**  
**Información de los Padres**

Estudiante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_  
 Nombres de los padres: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_  
 Dirección de casa: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

O O Los padres han sido contactados? Método de contacto: O Carta O Teléfono O Conferencia  
 SI NO

Contactados por: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

La siguiente información fue obtenida de: \_\_\_\_\_

**INFORMACION GENERAL**

Nombre del padre	Ocupación/Lugar de empleo	Teléfono de empleo
Nombre de la madre	Ocupación/Lugar de empleo	Teléfono de empleo

¿Quién tiene autoridad legal a tomar decisiones educacionales para este estudiante? \_\_\_\_\_

¿Ambos padres viven en la casa del estudiante? O SI O NO Si NO ¿con quién vive el estudiante? \_\_\_\_\_

**OTROS HIJOS Y ADULTOS EN LA CASA:**

Nombre	Edad	Relación	Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Idioma(s) hablado(s) en casa: \_\_\_\_\_ Idioma(s) hablado(s) por el niño generalmente: \_\_\_\_\_

¿Han ocurrido cambios importantes en la familia en los últimos tres años O SI O NO

O Mudanza de familia SI \_\_\_ NO \_\_\_ Mudanzas durante el último año \_\_\_\_\_  
 O Cambio de escuela SI \_\_\_ NO \_\_\_ Escuelas que ha asistido el/la estudiante: \_\_\_\_\_  
 O Nacimientos, muertes, enfermedades Por favor explique: \_\_\_\_\_

O Separación/Divorcio SI \_\_\_ NO \_\_\_ Si SI ¿cuándo? \_\_\_\_\_  
 O Otro: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

¿Qué cosas puede hacer bien su hijo/a? \_\_\_\_\_  
 ¿Hay algo que le cuesta trabajo hacer a su hijo/a? \_\_\_\_\_

¿Cómo le va a su hijo/a en la escuela? \_\_\_\_\_

¿Le preocupa la conducta de su hijo/a en la escuela o en casa?    ☐ SI    ☐ NO    Si SI, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Qué actividades hace su hijo/a cuando no esté en la escuela? (Por ejemplo, ver television, leer, trabajar medio tiempo, jugar con sus amigos) \_\_\_\_\_

¿Qué actividades hace la familia junta? (Por ejemplo, ver television, ir de campamento, participar en pasatiempos o deportes) \_\_\_\_\_

¿Cuál(es) de lo siguiente utiliza para disciplinar a su hijo/a?

<input type="radio"/> Dar nalgadas	<input type="radio"/> Dar tareas adicionales	<input type="radio"/> Aislar	<input type="radio"/> Quitar privilegios
<input type="radio"/> Castigar	<input type="radio"/> Mandar a la cama temprano	<input type="radio"/> Dar premios extras	<input type="radio"/> Premiar buena conducta
<input type="radio"/> Otro: _____			

¿Funcionan estos métodos?    ☐ SI    ☐ NO

Describe la conducta de su hijo/a en casa y/o el vecindario:

<input type="radio"/> Se comporta bien por lo general	<input type="radio"/> Se lleva bien con los miembros de la familia	<input type="radio"/> Obedece
<input type="radio"/> Parece contento/a	<input type="radio"/> Juega bien con sus vecinos	<input type="radio"/> Tiene pesadillas
<input type="radio"/> Es hiperactivo/a	<input type="radio"/> Es hostil/agresivo/a	<input type="radio"/> Parece ansioso/a
<input type="radio"/> Enjado/a	<input type="radio"/> Es responsable por sus tareas	<input type="radio"/> Es penoso/a
<input type="radio"/> Parece triste/ retraído/a/ deprimido/a	<input type="radio"/> Es desobediente	

☐ Participa en actividades de grupo (deportes, scouts, grupos de iglesia, etc.)

¿Su conducta ha cambiado durante estos últimos años? \_\_\_\_\_

¿Qué opina su hijo/a de la escuela? \_\_\_\_\_

¿Qué más quiere decirnos acerca de su hijo/a? \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DE SALUD

¿Este estudiante ha tenido algunas enfermedades graves, ha sufrido algunos accidentes, o ha sido hospitalizado en los últimos tres años?    ☐ SI    ☐ NO    Si SI, por favor describe la enfermedad, el accidente, o la razón por ser hospitalizado y de la edad de su hijo/a en esa ocasión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿A qué hora se acuesta su hijo/a?    ¿Tiene problemas de dormir?    ☐ SI    ☐ NO    Si SI, por favor describe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO

¿Este estudiante ha tenido algunas enfermedades graves, ha sufrido algunos accidentes, o ha sido hospitalizado en los últimos tres años?    ☐ SI    ☐ NO    Si SI, por favor describe la enfermedad, el accidente, o la razón por ser hospitalizado y de la edad de su hijo/a en esa ocasión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿A qué hora se acuesta su hijo/a?    ¿Tiene problemas de dormir?    ☐ SI    ☐ NO    Si SI, por favor describe: -

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SI	NO	
O	O	¿Su hijo/a está al cuidado de un médico por una condición medica? Si SI, por favor describe: _____ Nombre del médico: _____
O	O	¿Parece que su hijo/a tenga otro problema físico incluso alérgias? Si SI, por favor explique: _____
O	O	SI NO ¿Su hijo/a ha tomado medicina por un período largo? Si SI, por favor explique: _____
O	O	¿Su hijo/a está tomando medicinas actualmente? Si SI, por favor nómbrela(s) y diga para que son: _____
O	O	¿Hay algunas preocupaciones de la salud de la familia que quiere compartir con nosotros? Si SI, por favor explique: _____
O	O	¿Su hijo/a está recibiendo servicios de otra agencia? Si SI, por favor explique: _____

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PERSONA QUE COMPLETO ESTA SECCION PUESTA  
(Si la información fue obtenida por entrevista)

FECHA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_